

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 151

LA CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE METASTATIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Janvier 1923

PAR

Givota MILOVANOVITCH

né à BELGRADE (Serbie), le 28 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

CONJONCTIVITE BLENNORRHACIQUE
MÉTASTATIQUE

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 151

LA CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE METASTATIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Janvier 1923

PAR

Givota MILOVANOVITCH

né à BELGRADE (Serbie), le 28 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARO
Clinique ophtalmologique	LIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSE
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Ophtalmologie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *président*, M. TAVERNIER, *assesseur*
 MM. COTTE et DUROUX, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA CHÈRE ÉPOUSE ET A MA FILLE

A MES CHERS PARENTS

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de la Clinique Ophtalmologique à l'Université de Lyon.
Officier de la Légion d'Honneur.*

Il nous a inspiré cette thèse et nous
a fait l'honneur d'en accepter la
présidence.

Nous lui rendons ici l'hommage de
notre profonde reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE LYON

En témoignage de notre reconnais-
sance pour l'enseignement qu'ils
nous ont donné.

CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE METASTATIQUE

INTRODUCTION

A un malade porteur d'une uréthrite blennorrhagique, il est très difficile ou presque impossible d'affirmer que cette affection se terminera sans présenter des complications.

En effet, une uréthrite blennorrhagique peut donner des complications de voisinage qui seront des accidents locaux ; elle peut aller plus loin encore, vers les articulations voisines, faire une septicémie, se localiser sur différentes parties de l'organisme, provoquer des polyarthrites, des synovites, des pleurésies, des endocardites, des pneumonies, produire également des complications oculaires comme l'iritis et la conjonctivite blennorrhagique.

Nous parlerons de cette dernière dans ce modeste travail, en essayant de la mettre à part et d'établir la différence qui existe entre elle et l'ophtalmie purulente contagieuse, due à une contagion directe, et les autres conjonctivites à symptomatologie semblable à la conjonctivite blennorrhagique métastatique.

Cette conjonctivite était, autrefois, différemment appelée, suivant les auteurs, les uns l'appelaient *la conjonctivite blennorrhagique rhumatismale ou conjonctivite par infection endogène*; les autres *scléro-conjonctivite gonorrhéique ou encore conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation*. Ce qui est plus important, c'est qu'elle ait été longtemps confondue avec l'*ophtalmie purulente produite par contagion directe et considérée comme une forme bénigne de cette dernière*.

La conjonctivite blennorrhagique métastatique est une affection bien à part.

Le Professeur Fournier l'a bien dit : « C'est une conjonctivite purement et simplement, mais une conjonctivite quelque peu spéciale. Au point de vue de lésions objectives, nous pouvons la caractériser en disant que c'est une conjonctivite séro-vasculaire, c'est-à-dire une conjonctivite constituée par ces deux éléments :

« 1° Une injection vasculaire ;

« 2° Un chémosis séreux sous-conjonctival. »

En somme, le malade présente généralement l'aspect suivant : Sans cause appréciable la conjonctive bulbaire s'injecte, devient rouge et, sur le fond ainsi coloré, on aperçoit en teintes plus vives les sinuosités vasculaires. Quelquefois apparaissent disséminés sur la conjonctive, de petits points ecchymotiques.

La rougeur est accompagnée d'un gonflement plus ou moins intense occupant en général l'angle inféro-externe de l'œil, mais pouvant aussi envahir toute la conjonctive.

Un chémosis borde assez souvent la cornée, sous forme d'un croissant. La tuméfaction et la rougeur surtout sont, dans la plupart des cas, généralisées sur toute la conjonctive, mais peu accentuées sur les replis palpébraux de la muqueuse.

La sécrétion conjonctivale est peu abondante, le malade peut avoir, le matin, au réveil, les paupières agglutinées. L'œil est très injecté, d'une rougeur généralisée, bien ouvert, affrontant bien la lumière, donc sans phatophobie ; le malade dit qu'il ne souffre pas ou très peu.

C'est un point très caractéristique de cette conjonctivite. Il frappe l'observateur qui, en présence de phénomènes inflammatoires d'une violence extrême, au moins en apparence, trouve un malade indemne de phénomènes douloureux.

Deux mots encore pour finir : *Cette conjonctivite, le plus souvent, frappe d'emblée les deux yeux, mais peut débiter par un œil, puis passer rapidement à l'autre, laisser celui-ci, repasser sur le premier, ainsi de suite. Cette propriété migratrice lui est très particulière ; une autre, c'est qu'elle n'existe pas chez un malade qui n'est pas porteur d'une uréthrite blennorrhagique, à chaque nouvelle blennorrhagie elle revient.*

Nous rapportons vingt-cinq observations, dont six inédites, et nous les groupons en trois classes :

1° Les conjonctivites blennorrhagiques métastatiques, sans aucun microorganisme, sans manifestations articulaires ou autres complications.

2° Les conjonctivites blennorrhagiques métastatiques, sans aucun microorganisme, mais avec des manifestations articulaires et autres complications.

3° Les conjonctivites blennorrhagiques métastatiques, avec des microorganismes dans la sécrétion conjonctivale, sans manifestations ou avec des manifestations articulaires et autres complications.

Nous terminerons en donnant nos conclusions, après avoir dit quelques mots sur l'étiologie de la maladie, sa symptomatologie, en insistant sur le diagnostic différentiel de cette affection par rapport à la conjonctivite blennorrhagique contagieuse, produite par contagion directe, et les autres conjonctivites qui lui sont semblables par leurs symptômes, nous dirons enfin quelques mots sur le pronostic et le traitement. Un historique tracé au commencement de notre thèse fera connaître les noms des principaux auteurs qui se sont occupés de la conjonctivite blennorrhagique métastatique et l'évolution des opinions sur cette question.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les notions sur la conjonctivite blennorrhagique métastatique ne sont pas tout à fait nouvelles, malgré cela, cette affection a été méconnue et confondue avec l'ophtalmie purulente contagieuse due à la contagion directe, dont on la croyait une forme bénigne.

Saint Yves, dans son *Traité des Maladies des Yeux*, de 1722, commence le premier à parler de la conjonctivite vénérienne et l'attribue à la métastase. Avant lui, les auteurs n'en parlaient pas ; le maître Jan lui-même, dans son *Traité des Maladies des Yeux*, de 1707, ne la mentionne pas.

Plus tard, après Saint Yves, des faits, incontestables d'inoculation ayant été observés, on l'a alors décrite comme résultant tantôt de l'inoculation, tantôt de la métastase, mais sans se demander si, dans les deux cas, l'œil n'était pas diversement affecté.

En 1819, Swediaur, en parlant de cette affection, prétend que les femmes sont exemptes de cette ophtalmie métastatique.

Abernethy, en 1825, paraît être le premier qui ait indiqué dans les symptômes de la maladie des différences en rapport avec les causes diverses auxquelles il la supposait due. L'ophtalmie blennorrhagique qu'il appelle iritative, diffère à coup sûr de la conjonctivite purulente, mais il ne s'est pas assez nettement expliqué. Mackenzie, en 1830, avec des observations de Graves, de Brodie, de Vetch et les siennes, a décrit l'ophtalmie blennorrhagique par contagion et l'ophtalmie par métastase, et enfin une iritis gonorrhéique résultant de l'infection de l'économie par le virus gonorrhéique. Ricord n'accepte d'abord que la conjonctivite par inoculation, puis reconnaît les deux ophtalmies gonorrhéiques, et il précise les caractères de la maladie et note la coexistence de l'arthrite blennorrhagique avec l'ophtalmie qu'il appelle « arthrite de l'œil », puis l'ophtalmie métastatique.

J. Rollet, dans son mémoire de 1858, étudie l'iritis et la conjonctivite comme inhérentes au rhumatisme blennorrhagique dont elles font partie au même titre que l'endocardite fait partie du rhumatisme vulgaire, et il traite longuement la question des rapports de l'iritis blennorrhagique avec l'arthrite.

En 1880, Haltenhoff communiqua quelques cas d'ophtalmie métastatique.

Boquin, dans sa thèse, en 1884, rapporte une observation de conjonctivite rhumato-blennorrhagique précédant de huit jours une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

La même année, Haltenhoff, dans l'*Archive für Augenheilkunde*, publie de nouveau un cas du même

genre. Le Professeur Fournier en donne une description magistrale dans sa leçon à l'hôpital Saint-Louis, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1885. Au mois de janvier 1886, le Docteur Armaignac, dans la *Revue clinique d'oculistique*, parle de la conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire bénigne spontanée.

La même année, le Docteur Trousseau, dans la *Revue clinique d'oculistique*, publie un cas typique et résume, en quelques lignes, l'état de la question. En 1887, au mois de décembre, le Docteur Roy fait une communication à la « Société de Médecine pratique » sur la conjonctivite rhumato-blennorrhagique dont il possédait quelques observations. Il met en relief le peu d'intensité des phénomènes réactionnels en comparaison des signes objectifs qui indiquent au contraire une vive congestion de la conjonctive, le lien étroit qui la rattache à la blennorrhagie et la coïncidence avec le rhumatisme blennorrhagique.

Froidbise, en avril 1887, publie, dans les *Annales des Sociétés médico-chirurgicale* de Liège, un article sous le titre de « Conjonctivite blennorrhagique spontanée. »

En 1888, apparaît la thèse de Fragne, sur la conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire, sans inoculation.

Enfin, le Professeur Panas publie, dans la *Revue générale de Médecine et Thérapeutique* de 1894, une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, intitulée « Dacryoadénite, iritis et conjonctivite séro-vasculaire d'origine blennorrhagique ». Van Moll, dans les *Annales d'Oculisti-*

que de 1899, écrit l'article « Existe-t-il une conjonctivite métastatique ? ». Il dit que son attention a été frappée pour la première fois par une forme de conjonctivite qu'il ne peut pas rapprocher des types ordinaires. Elle se manifesta en même temps qu'une uréthrite, depuis, il a constaté cinq cas analogues.

En 1900, Lechner, dans les *Annales d'Oculistique*, décrit un cas de conjonctivite blennorrhagique par métastase.

Augé R., dans sa thèse de doctorat en médecine, soutenue en 1905, et intitulée *Recherches statistiques sur la proportion des affections contagieuses observées dans une consultation ophtalmologique*, il parle de la conjonctivite blennorrhagique métastatique et cite quatre observations que nous reproduisons un peu plus loin.

Dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1908, P. Vigier parle de la conjonctivite blennorrhagique métastatique et de l'abcès métastatique, il traite longuement la question.

Heerfordt, dans l'*Archive für Ophtalmologie* de 1909 et 1910, dans les *Annales d'Oculistique*, de 1911 et 1912, traite la question de conjonctivite blennorrhagique métastatique; il a réuni vingt-trois observations de cette conjonctivite endogène et propose même de les nommer « Subconjonctivitis épibulbaris gonorrhoica ».

Michail D., dans l'article « Sur la nature anaphylactique de la conjonctivite blennorrhagique endogène (métastatique). » publié dans *Société de Biologie de*

1913, explique que c'est une conjonctivite anaphylactique.

En 1914, dans les *Annales d'Oculistique*, Offret, dans l'article « Trente-deux cas d'ophtalmies gonococciques traitées par le vaccin de Nicolle et Blaizot », traite la question et expose quelques observations, nous les reproduisons plus loin dans le chapitre des observations.

La même année, apparaît le livre sur les conjonctivites de Gabrielidès. Il parle de la conjonctivite blennorrhagique métastatique sous le nom de « Conjonctivite gonotoxinique », et il traite longuement la question. Nous avons emprunté à ce beau travail de Gabrielidès quelques observations que nous citons plus loin.

Depuis 1914, jusqu'à aujourd'hui, nous ne trouvons plus d'auteurs qui se soient occupés de la question.

CHAPITRE II

Etiologie.

Autrefois, on discutait à quelle cause rattacher la conjonctivite blennorrhagique métastatique. Etait-ce une métastase qui produisait cette affection, ou une sympathie ?

Aujourd'hui, nous savons que cette affection est une manifestation de la gonococcie ; mais est-ce une localisation du gonocoque sur la conjonctive, où il est apporté et déposé par la circulation sanguine, ou est-ce la toxine du gonocoque qui s'élimine et produit cette affection ?

Nous essayerons de mettre les choses au point.

Au cours d'une uréthrite blennorrhagique, nous pouvons constater des complications de cette uréthrite se manifestant sous forme d'*orchite*, d'*arthrite*, de *synovite*, de *pleurésie*, de *pneumonie*, etc., toutes produites par une localisation du gonocoque dans ces parties de l'organisme, où sa présence peut être démontrée bactériologiquement.

Ceci nous fait voir que le gonocoque ne reste pas

toujours cantonné dans son foyer primitif, mais qu'il peut dans certains cas, s'éloigner de son point de départ et causer de nombreuses complications. La preuve peut toujours en être fournie par un examen bactériologique.

Nous pourrions donc avoir une arthrite, une synovite, une iritis ou autre complication, qui coïncide avec une urétrite blennorrhagique ; pourquoi alors ne pourrions-nous pas avoir une conjonctivite qui coïnciderait également avec une urétrite et serait due à une localisation du gonocoque sur ou sous la conjonctive ? Pourquoi ferait-elle exception et ne serait-elle pas une complication comme toutes les autres complications de l'urétrite ?

Certains auteurs ont décrit des cas où la conjonctivite survenait en même temps qu'une arthrite, puis la conjonctivite guérie, survenait une iritis.

Lorsque nous prenons une conjonctivite blennorrhagique métastatique comme une complication d'une urétrite gonococcique, il est logique d'admettre que le gonocoque est venu par la voie endogène, circulatoire, se loger sur ou sous la conjonctive, mais on ne trouve pas, en général, de gonocoque ; si on le trouve dans certains cas, on le trouve dans la première préparation puis dans les autres préparations qu'on fait après quelques temps, on ne le trouve plus. D'ailleurs, que les préparations présentent ou non le microorganisme, le cours de la maladie n'est pas du tout changé, sa marche se continue, suit son cours comme dans toute autre conjonctivite où on ne constate pas de microorganismes.

Nous reproduisons dans le chapitre des observations, une observation appartenant à M. Morax, qui constate le premier la présence du gonocoque dans la sécrétion d'une conjonctivite métastatique. Sur trois cas, chez deux malades, il n'a pas découvert de microorganismes, chez le troisième, il trouve le gonocoque. Après un mois, ce même malade se présente chez lui avec une nouvelle poussée de conjonctivite avec peu de sécrétion.

M. Morax fit un nouvel examen complet; et cette fois ne trouva pas de gonocoques.

Comme nous le voyons, le même malade, avec la même affection, à un mois d'intervalle, la première fois un petit nombre de gonocoques, la deuxième fois pas de microorganismes et pourtant les mêmes lésions.

Dans un autre cas, le malade présentait une dacryo-adénite métastatique qui coïncidait avec une urétrite blennorrhagique, il présentait en même temps une rougeur de la conjonctive.

MM. Ferry et Morax, en examinant la sécrétion conjonctivale, trouvent des formes diplococciques encapsulées, très disséminées et qui avaient bien l'aspect de gonocoques. Le lendemain, sur le même malade, on ne trouva plus de gonocoques, soit dans les préparations faites directement, soit dans les cultures.

Ils ont excisé un fragment de la glande lacrymale, l'ont cultivé et n'ont pas trouvé de gonocoques; au contraire, le pus urétral donnait une culture de gonocoques absolument typique. Ces cas où on trouve des gonocoques sont rares, nous le répétons, ou si on

en trouve aujourd'hui, demain ils n'y sont plus ; les cas où on ne trouve pas du tout le microorganisme sont nombreux.

M. Fage, dans un cas de conjonctivite blennorrhagique métastatique, fait des examens directs et des cultures et il ne trouve pas de gonocoques ; au contraire, dans le pus urétral, il en trouve un très grand nombre. M. Moll présente six cas de conjonctivites métastatiques ; dans cinq cas, il ne trouve pas le gonocoque, dans le sixième, il le trouve et le cultive. M. Augé fait de nombreux examens et des cultures dans dix-sept cas de conjonctivites blennorrhagiques métastatiques et il ne trouve pas de gonocoques.

On a trouvé d'autres microbes dans des cas de conjonctivite métastatique comme le staphylocoque, le xérosis, le micrococus, etc.. Nous citons plus loin une observation de conjonctivite blennorrhagique métastatique prise dans le service de M. le Professeur Rollet, où le malade, après avoir contracté une blennorrhagie à la suite de laquelle survint une orchite, puis une conjonctivite, on ne trouva pas de gonocoques, mais on constata la présence de staphylocoques dans la sécrétion conjonctivale.

Dans le même chapitre, nous reproduisons une observation de P. Vigier qui, dans un cas de conjonctivite blennorrhagique métastatique trouva le staphylocoque dans l'abcès situé sous la conjonctive bulbaire.

Donc, nous avons quelques cas dans lesquels on trouve le gonocoque qui disparaît rapidement ; dans les autres cas, beaucoup plus nombreux, la sécrétion

conjonctivale ne contient pas de microorganismes. Dans quelques cas rares, on a trouvé les staphylocoques qui ont pu également arriver de l'urèthre par la voie sanguine et se loger dans la conjonctive, ou pouvaient arriver, accidentellement du dehors.

Ainsi, nous sommes obligé, en nous appuyant sur les travaux des nombreux auteurs et sur nos observations, de mettre l'étiologie gonococcique en seconde ligne, et il nous reste maintenant à nous occuper de l'étiologie de la toxine gonococcique.

Pour discuter l'étiologie de la toxine gonococcique, nous n'avons, pour nous appuyer que les expériences faites sur les animaux et sur l'homme. MM. Morax et Elmassian ont fait des expériences sur le lapin et sur eux-mêmes.

En instillant sur la conjonctive du lapin de la toxine gonococcique, goutte à goutte, toutes les minutes, ou toutes les deux minutes, ils ont constaté, au bout de deux heures, une injection très vive de la conjonctive avec œdème du bulbe et du cul-de-sac ; en même temps, ils ont vu apparaître une sécrétion fibrino-purulente abondante, accusée surtout pendant la troisième heure, se prolongeant pendant quatre ou cinq heures après la suppression des instillations. La sécrétion diminue rapidement et le lendemain, il y a un peu d'agglutination des paupières, la sécrétion est tarie et les œdèmes ont disparu. Ces expériences sont très démonstratives, mais MM. Morax et Elmassian ne se sont pas arrêtés là ; ils ont fait l'expérience sur eux-mêmes. M. Elmassian reçoit vingt gouttes dans l'œil dans un espace d'une heure ; au début, il ne sent rien, puis au bout de trois heures, il éprouve

des picotements et un peu de réaction dans l'angle interne de son œil ; puis ces picotements deviennent de plus en plus pénibles, la sécrétion augmente et, en même temps, la conjonctive s'injecte et il y a du larmolement qui dure pendant huit heures ; le lendemain, les paupières sont un peu agglutinées, mais, dans la soirée, tous les phénomènes ont disparu. Dans l'expérience, nous avons vu qu'on a employé la toxine toute faite et qu'on l'a versée dans l'œil goutte à goutte. Que s'est-il passé ?

La toxine était absorbée par la conjonctive qui s'est d'abord irritée, puis injectée et est devenue rouge.

Chez l'homme, dans un cas de conjonctivite blennorrhagique métastatique, il existe toutes ces manifestations reproduites expérimentalement, mais au lieu d'absorption, il y a élimination de la toxine. Nous ne possédons pas aujourd'hui une réaction qui nous permette de découvrir cette toxine dans la sécrétion conjonctivale et la question reste indécise.

M. Heerfordt a réuni vingt-trois cas de conjonctivite blennorrhagique d'origine endogène et il propose de la nommer « Subconjonctivitis épibulbaris gonorrhoeica ».

Il dit encore que cette conjonctivite n'est généralement pas causée par des microbes vivants, mais par des débris de gonocoques ou par leur toxine et il conclut qu'on peut distinguer seulement deux formes de conjonctivite métastatique : Une forme dans laquelle on ne trouve pas de gonocoques et une autre forme avec excrétion de gonocoques vivant dans le cul-de-sac conjonctival.

Nous pouvons placer cette théorie de Heerfordt entre l'étiologie gonococcique et l'étiologie toxinique, car, tandis que certains auteurs disent que cette conjonctivite est due à la présence de gonocoques, d'autres le nient et lui reconnaissent pour cause les toxines. Heerfordt se place au milieu en disant que cette conjonctivite est due à une excrétion de gonocoques. D'autre part, M. Michailis explique que c'est une conjonctivite anaphylactique et il dit qu'il se base sur la ressemblance de l'hystologie lymphocitaire avec celle de la conjonctivite tuberculinique et avec celle d'une conjonctivite obtenue par le sérum de cheval.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

La symptomatologie de la conjonctivite blennorrhagique métastatique *présente certaines particularités* qui la font distinguer des autres conjonctivites.

En effet, elle se manifeste *chez un adulte et surtout chez l'homme*, au début d'une urétrite blennorrhagique ou au bout de huit à quinze jours en moyenne. Elle peut frapper *d'emblée les deux yeux* ou prendre d'abord un œil, puis envahir l'autre œil à son tour, quitter celui-ci et revenir sur le premier. La blennorrhagie uréthrale peut être influencée par l'apparition de cette conjonctivite :

L'écoulement peut, soit diminuer, soit continuer sa marche habituelle, ou très rarement augmenter. La conjonctivite blennorrhagique métastatique peut être *la seule manifestation métastatique de la blennorrhagie uréthrale*. Elle peut encore *coexister avec une arthrite ou polyarthrite* existant avant son apparition ou se développer antérieurement à ces manifestations articulaires.

Nous avons classé nos observations et celles que nous avons empruntées à d'autres auteurs, suivant que la conjonctivite existe comme seule manifestation métastatique de l'urétrite gonococcique ; puis nous citons les cas où elle est associée à des manifestations articulaires. Donc nous avons dit que la symptomatologie de la conjonctivite blennorrhagique métastatique présente des phénomènes assez particuliers ; elle possède un certain nombre de signes que le praticien doit connaître et qui faciliteront toujours son diagnostic. Nous nous bornerons à les décrire.

Le malade apercevant au cours de sa blennorrhagie uréthrale que son œil ou ses yeux sont devenus rouges, que ses paupières sont agglutinées le matin au réveil, se décide à aller consulter un médecin.

A l'examen, on constate que l'œil est tout entier ou partiellement rouge ; cette rougeur peut prendre toute la conjonctive oculaire et palpébrale ou occuper seulement la conjonctive bulbaire ou même une partie de celle-ci.

Les vaisseaux de la conjonctive sont rouges et dilatés ; ça et là, on peut voir de petits points ecchymotiques.

Cette rougeur de la conjonctive est souvent accompagnée d'un gonflement plus ou moins intense siégeant surtout vers l'angle inféro-externe de l'œil et formant un chémosis séreux sous-conjonctival qui peut entourer complètement ou partiellement la cornée, mais ce chémosis n'est pas toujours constant. La tuméfaction et la rougeur sont peu accentuées dans les replis palpébraux de la muqueuse.

Dans notre observation I, le malade présente un œdème palpébral assez marqué, dessinant le contour du cul-de-sac conjonctival, et la pression à ce niveau est très douloureuse.

La sécrétion conjonctivale en général *est très peu abondante*, quelques fois, mais rarement, elle est un peu plus abondante ; c'est le mucopus dilué ou non dilué.

Cette sécrétion peu abondante *est très particulière* de la conjonctivite blennorrhagique métastatique qui contraste bien avec les phénomènes si intenses de l'injection de la conjonctive.

Le malade ne souffre presque pas ou rarement il a des douleurs qui s'irradient vers la région périorbitaire comme dans un cas cité dans nos observations, où le malade souffrait de son œil et de toute la région temporale du même côté, mais ces cas sont très rares.

En général, il n'y a pas de douleur et le malade n'est pas gêné dans les mouvements de l'œil, il accuse simplement une cuisson et quelques fois des picotements et une sensation de graviers dans l'œil.

Il n'y a pas de photophobie, le malade affronte bien la lumière, sans éprouver de gêne, ou très peu. Pas de blepharospasme ; pas de larmoiement. L'œil présente une humidité qui lui donne un aspect luisant.

Cette symptomatologie est très caractéristique de cette conjonctivite.

Vous avez devant vous un malade qui présente tous ces phénomènes intenses de l'inflammation et il dit ne pas souffrir ; il n'y a pas de sécrétion, pas de pho-

tophobie. Toutes les manifestations de cette conjonctivite frappent le clinicien qui, en constatant de plus une uréthrite blennorrhagique, n'aura plus de doute pour poser son diagnostic.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

La conjonctivite blennorrhagique métastatique peut souvent être confondue avec les autres affections de la conjonctive qui peuvent reproduire à peu de chose près la même symptomatologie de *la conjonctivite blennorrhagique métastatique*. Telle par exemple la *conjonctivite blennorrhagique purulente, due à la contagion directe*, et où on trouve, à l'examen de la sécrétion, de nombreux gonocoques.

La conjonctivite toxinique dans les dysenteries bacillaires : para-coli-bacille, chiga et encore d'autres, pourront tromper le diagnostic.

Elles ne sont pas seules, il y a encore beaucoup d'autres conjonctivites en présence desquelles on pourrait hésiter à poser le diagnostic, comme par exemple : *La conjonctivite catarrhale, diphtérique, conjonctivite dans la fièvre du typhus exanthématique, fièvre récurrente, dans les méningites, chez les cholériques, dans le paludisme et encore beaucoup d'autres affections de l'œil* qui pourront tromper le

médecin, mais il lui *suffira d'avoir à sa connaissance la symptomatologie particulière de la conjonctivite blennorrhagique métastatique qui lui permettra de faire un diagnostic facile et exact*. Nous essayerons d'exposer le diagnostic différentiel des principales affections de l'œil qui pourront rendre le diagnostic difficile.

CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE PURULENTE. — C'est avec cette affection qu'autrefois la conjonctivite blennorrhagique métastatique était *confondue et même considérée comme une forme bénigne de celle-ci*.

La symptomatologie de la conjonctivite purulente est d'une *gravité extrême*, elle débute brusquement par une rougeur de la conjonctive et un gonflement intense de la muqueuse oculo-palpébrale. Au bout de douze heures, nous constatons que tous les symptômes se sont formés, l'œil est tuméfié, la sécrétion est d'abord liquide, d'une couleur jaune citrin, puis elle devient épaisse et enfin franchement purulente.

Nous pouvons déjà dire, *pour différencier*, que jamais une conjonctivite blennorrhagique métastatique ne se développe aussi vivement, et que les accidents locaux ne se manifestent jamais avec une telle intensité et telle gravité.

Il peut y avoir une rougeur assez vive, un gonflement fort accentué, qui peuvent faire penser à une conjonctivite purulente grave, mais la sécrétion qui manque, ou qui est très peu accentuée, est un symptôme de grande valeur et qui peut déjà faire mettre en doute l'existence d'une conjonctivite purulente grave,

Si nous examinons maintenant les symptômes objectifs de la *conjonctivite purulente*, nous voyons le malade avec les paupières boursouflées, molles, rouges, qui se ferment, il présente une photophobie intense et il sent une cuisson, une chaleur ; il a une sensation pénible de corps étranger dans l'œil et puis viennent de violentes douleurs qui s'irradient à la région voisine ; d'autre part, nous constatons que l'affection occupe presque toujours un seul œil.

Dans la *conjonctivite blennorrhagique métastatique*, nous ne trouvons pas, tous ces symptômes graves que nous venons d'énumérer dans la *conjonctivite purulente*. Jamais la *conjonctivite blennorrhagique métastatique* ne présente des symptômes si pénibles et si graves, elle est presque indolore, il n'y a pas de photophobie, l'affection est presque toujours double, elle débute d'abord par un œil, puis passe rapidement à l'autre, ou bien les deux yeux sont atteints d'emblée.

La *conjonctivite purulente* est une affection qui est produite par une contagion directe, il y a une transmission directe du pus blennorrhagique, c'est-à-dire, l'agent pathogène, le gonocoque, est déposé dans l'œil, où il continue à se cultiver, à évoluer, à se développer et à produire ainsi ses lésions caractéristiques.

A l'examen bactériologique et microscopique, on découvre dans la sécrétion conjonctivale, de nombreux gonocoques en position typique de diplocoques intra ou extracellulaires. L'existence d'une uréthrite blennorrhagique sur le même individu n'est pas indispensable, car elle est contagieuse et peut être trans-

mise par les objets souillés par le pus d'un blennorrhagique qui s'en est servi.

La conjonctivite blennorrhagique métastatique n'est jamais produite par une contagion et n'existe pas chez un individu qui n'est pas porteur d'une uréthrite gonococcique; elle est produite par la voie endogène, elle n'est pas contagieuse.

A l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale, qui est peu abondante, on ne trouve pas de microorganismes, ou on trouve rarement quelques staphylocoques.

La conjonctivite purulente grave trouble le fonctionnement de l'œil.

La conjonctivite blennorrhagique métastatique ne gêne pas du tout le malade et ne trouble pas le fonctionnement de l'œil. La première est terrible, elle fait des ravages considérables.

La seconde est bénigne. Le médecin pourra prévoir l'apparition d'une conjonctivite blennorrhagique métastatique lorsqu'il se trouve en présence d'un malade atteint d'une blennorrhagie uréthrale souffrant d'une arthropathie et qui a eu, dans ses antécédents des accidents semblables avec une complication du côté de l'œil. Au contraire, il est impossible de prévoir que le malade aura une conjonctivite purulente, car c'est un accident qui ne se répète pas chez un malade, quand celui-ci a eu une première fois la conjonctivite purulente, il en connaît les dangers et il s'en garde ; il prend toutes sortes de précautions et de soins hygiéniques pour éviter la contagion.

Pour se défendre d'une conjonctivite métastatique, toutes ces précautions sont inutiles, on ne pourra pas empêcher cette complication de se produire si elle doit apparaître. Il ressort de ce que nous venons de dire que, lorsque la conjonctivite purulente prend un œil, on peut préserver l'autre avec des précautions et une hygiène rigoureuse.

Au contraire, *la conjonctivite blennorrhagique métastatique est bilatérale*, ou elle débute d'abord par un œil, puis passe rapidement à l'autre œil, sans qu'on puisse enrayer cette migration.

Donc, comme nous venons de le voir, la symptomatologie de ces deux affections de provenance blennorrhagique est trop différente pour qu'on puisse les confondre, l'une est *d'une extrême gravité*, tandis que l'autre est *d'une extrême bénignité*. Nous pouvons presque dire qu'elles n'ont de commun *que leur nom de « blennorrhagique »*. Nous insistons sur cette grande différence des symptômes qui les séparent nettement et surtout sur ce fait que *la conjonctivite blennorrhagique métastatique n'existe jamais sur un individu qui n'est pas porteur d'une uréthrite gonococcique* qu'elle n'est pas contagieuse, qu'elle ne résulte pas d'une contagion directe venue de l'extérieur, mais qu'elle est produite par une cause interne, par la voie endogène, et surtout qu'on ne trouve pas, dans la sécrétion conjonctivale, des gonocoques ni d'autres microorganismes, elle est donc presque amicrobienne.

CONJONCTIVITE TOXINIQUE DANS LES DYSENTERIES BACILLAIRES PRODUITE PAR LE COLI-BACILLE, CHIGA ET AUTRES BACILLES DE LA DYSENTERIE. — Le diagnostic entre cette conjonctivite et la conjonctivite blennorrhagique métastatique est assez complexe au premier abord. La symptomatologie est très semblable et *c'est seulement un examen bactériologique* qui peut donner un diagnostic net et précis.

En effet, cette conjonctivite survient au cours d'une dysenterie bacillaire, elle est double d'emblée et se caractérise par une rougeur de la conjonctive palpébrale inférieure, par une sécrétion peu abondante, mais qui agglutine les paupières, il n'y a pas de photophobie ; pas de douleurs ; pas de chémosis ; pas d'œdème des paupières. Mais, ce qui est le plus caractéristique et le plus frappant encore *avec la conjonctivite métastatique*, c'est qu'avec la conjonctivite peuvent exister les manifestations articulaires et encore en plus, il peut exister en même temps, une urétrite. Voilà un diagnostic bien embarrassant devant tous ces symptômes bien particuliers. Mais heureusement, l'examen bactériologique de leurs sécrétions ne fait pas voir des microbes spéciaux.

Mais, à l'examen des selles, on trouve des bacilles de dysenterie.

Dans le cas d'une conjonctivite toxinique dans les dysenteries, *il est indispensable de faire un examen bactériologique* pour avoir un diagnostic bien net.

LA CONJONCTIVITE CATARRHALE. — Cette conjonctivite ressemble si bien à la conjonctivite blennorrhagique

métastatique que, souvent, si on n'analysait pas attentivement les symptômes, on pourrait établir un faux diagnostic. Les causes qui peuvent produire une inflammation catarrhale de la conjonctive sont très variables.

Dans la *conjonctivite catarrhale*, la conjonctive est rouge, il y a gonflement, larmes souvent abondantes, mais bien vite cet écoulement est remplacé par un liquide louche, qui se trouble ensuite, et devient muco-purulent. Si nous comparons avec la *conjonctivite métastatique*, nous trouvons tout de suite une différence. L'une et l'autre ont les conjonctives rouges, le gonflement existe également dans l'une et dans l'autre, mais la sécrétion n'est pas la même. Dans la *conjonctivite catarrhale*, elle est abondante, exagérée, comme nous venons de le voir plus haut, tandis que dans l'autre, elle manque, ou elle est très minime et il n'y a pas de larmolement. Cela seul nous prouve que ce n'est pas la même affection.

Nous voyons que, dans la *conjonctivite catarrhale*, la muqueuse est fortement vascularisée, injectée, et c'est surtout que cette injection est très prononcée sur la conjonctive palpébrale, le cul-de-sac, sur la caroncule lacrimale, tandis qu'au contraire, dans la *conjonctivite métastatique*, cette injection est très prononcée sur la conjonctive bulbaire.

Si nous examinons maintenant le gonflement, nous le trouvons plus exagéré dans la *conjonctivite métastatique* que dans la *conjonctivite catarrhale* et pourtant la douleur est plus intense dans celle-ci que dans la *conjonctivite métastatique*, laquelle est presque

indolore. La *conjonctivite catarrhale* atteint un œil ou elle peut prendre les deux yeux, mais quand elle vient, elle est stable, ne change pas de place, et quand elle disparaît, elle ne revient pas aussi facilement. Elle ne change pas de place, reste sur le même œil, et quand elle le quitte, elle ne prend pas l'autre œil pour revenir ensuite sur le premier, comme cela se passe dans la *conjonctivite blennorrhagique métastatique*.

Ce qui est très important, c'est que la *conjonctivite catarrhale* n'a rien à faire avec une urétrite blennorrhagique, peut exister sans elle, tandis que pour l'autre, *cette coexistence est indispensable*.

CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE. — C'est seulement à la période d'infiltration fibrineuse de la conjonctive dans cette forme de la conjonctivite qu'on pourra hésiter à cause de la faible sécrétion, mais tous les autres symptômes, comme induration du tissu conjonctival, qui est épaissi avec les paupières d'une rigidité scléreuse, peuvent aider à établir le diagnostic.

IRITIS. — Au début, la confusion est possible ; l'iritis étant une complication oculaire de la blennorrhagie, plus connue que la conjonctivite, attirera tout d'abord l'attention, et la rougeur de la conjonctive pourrait embrouiller le diagnostic. *Penser à l'erreur, c'est l'éviter* ; car, dans l'iritis, il n'y a pas d'œdème inféro-externe de la conjonctive, l'injection péri-cornéenne est fine ; les douleurs péri-orbitaires sont plus ou moins vives, l'iris change de coloration, la pupille est

irrégulière ; on n'observe rien de semblable dans la conjonctivite.

Toutes ces affections que nous venons d'énumérer, et encore beaucoup d'autres *peuvent produire une injection secondaire de la conjonctive* avec rougeur plus ou moins vive, mais nous trouvons toujours l'explication dans la maladie qui a produit cette injection de la conjonctive.

D'après tout ce que nous venons de dire, en ce qui concerne le diagnostic différentiel, il résulte *qu'il faut toujours examiner attentivement le malade avant de se prononcer sur le diagnostic*, et qu'il ne faut pas manquer de faire un *examen bactériologique complet*. Ce n'est qu'après cet examen qu'on aura un *diagnostic exact*.

CHAPITRE V

Pronostic — Traitement.

PRONOSTIC. — *La conjonctivite blennorrhagique métastatique se termine toujours par la guérison ; pour cette raison après un diagnostic bien établi, on peut tranquillement rassurer le malade en lui disant combien son affection est bénigne. Les complications de cette conjonctivite sont très rares. Ordinairement les parties voisines restent indemnes et l'iris n'est pas atteint par le processus inflammatoire. Il peut arriver que l'iris soit atteint par la même voie et en même temps que la conjonctive ; cet iritis guérit de la même façon que la conjonctivite sans laisser de traces. Dans ce cas, il ne faut pas considérer cet iritis comme une complication de la conjonctivite, car c'est purement et simplement une coïncidence qui arrive comme une arthrite ou une autre complication de l'urétrite blennorrhagique.*

TRAITEMENT. — Ce qui est le plus important dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique métastatique, c'est le diagnostic.

Le diagnostic une fois établi, que faut-il faire ? Le praticien est-il embarrassé pour appliquer un traitement ? *Non, car il n'y a pas, à proprement parler, un traitement particulier de cette affection.*

Ordinairement le malade dit qu'il ne souffre pas, malgré que les phénomènes inflammatoires soient très intenses. Donc, comme nous venons de le dire, le diagnostic une fois fait, on prescrira au malade des applications des compresses tièdes d'eau boriquée à 4/100°. On pourra également employer les collyres aux sels de zinc ou d'argent, à l'adrénaline. On a obtenu de bons résultats par le traitement avec le *vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot* en faisant des injections intraveineuses de 1 cm³. Le soir de l'injection, le malade peut avoir des frissons et un malaise général.

Il est évident que tous ces traitements que nous venons d'énumérer peuvent contribuer à raccourcir la durée de la maladie et surtout à empêcher les *infections secondaires*, mais ce que nous trouvons de plus important dans le traitement, c'est qu'il doit être accompagné d'une hygiène rigoureuse locale et générale.

Pour en terminer avec le traitement, nous pouvons dire que *la conjonctivite blennorrhagique métastatique a une tendance à la résolution spontanée* et qu'il ne faut pas multiplier la médication et surtout les cauterisations, qui peuvent, dans certains cas, être nuisibles comme dans le cas cité par Froidbise où le malade déclare qu'il ne souffre que du traitement;

une fois les cautérisations supprimées et remplacées par des compresses tièdes d'eau boriquée, le malade fut soulagé et guéri.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

A. — *Conjonctivites blennorrhagiques métastatiques, sans microorganismes et sans manifestations articulaires ou autres complications.*

OBSERVATION I (Inédite)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale, hyperémie conjonctivale avec chémosis, sans aucun micro-organisme. Urétrite à gonocoques.

A. P., 25 ans.

Antécédents personnels : Depuis jeune âge, poussée de coryza spasmodique au printemps de chaque année.

Au moment de ces poussées, on observe des phénomènes conjonctivaux : hyperémie, larmoiements, légères sécrétions, phénomènes de peu d'intensité.

Depuis le 15 mai 1922, apparition d'un écoulement urétral. A l'examen microscopique, on constate la présence des nombreux gonocoques.

Les phénomènes de ce coryza spasmodique annuel coïncide avec cet écoulement.

Examen le 30 mai. — Le malade se présente avec des phénomènes inflammatoires marqués du côté de deux globes oculaires, mais nettement prédominants à gauche. Phénomènes subjectifs intenses, douleurs péri-orbitaires irradiés à la région voisine (région temporal), il y a de l'obstruction nasale et un mauvais état général.

Localement, œdème palpébral marqué, dessinant le contour du cul-de-sac conjonctival, la pression à ce niveau est très douloureuse.

La fente palpébrale s'entr'ouvre difficilement, les cils sont agglutinés par une sécrétion muqueuse.

Si on entr'ouvre les paupières, on aperçoit la conjonctive très rouge hyperémiee, formant autour de la cornée un gros bourrelet chémotique.

L'iris, les milieux transparents, les membranes profondes sont intactes.

Examen de la sécrétion pratiqué plusieurs fois ne montre dans celui-ci aucun microorganisme pathogène.

Malgré l'absence de tous microorganismes pathogènes, on fait le traitement classique de la conjonctivite blennorrhagique : Instillation de nitrate d'Ag à 1/100° deux fois par jour, suivie d'argyrol à 1/10° toutes les trois heures.

Le 1^{er} juin, amélioration sensible du côté de l'œil gauche, mais, par contre, la progression marquée des phénomènes inflammatoires à droite qui deviennent aussi intenses que ceux décrits plus haut.

L'obstruction nasale devient une gêne insupportable tenant le malade éveillé durant la plus grande partie de la nuit.

Des maux de gorge surviennent, une bronchite se déclare ; pendant quatre à cinq jours, la température oscille autour de 39°. La défervescence se fait en deux jours. Pendant ce temps, la situation des yeux s'est améliorée très largement.

Il persiste toujours un peu de rougeur des conjonctives, un léger larmolement et un œdème très restreint des deux paupières supérieures.

Le matin, au réveil, on observe encore au niveau de l'angle interne des yeux, une sécrétion jaunâtre.

La respiration par la voie nasale est rétablie, mais le coryza n'a pas complètement disparu.

Il est à noter que l'écoulement blennorrhagique, qui avait fortement diminué au moment où les phénomènes oculaires et nasaux étaient les plus intenses, a repris une activité nouvelle depuis la guérison des yeux et de la bronchite.

OBSERVATION II (Inédite)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale, hyperémie conjonctivale avec chémosis, sans aucun micro-organisme. Urétrite à gonocoques.

D. J., 18 ans, journalier, se présente le 21 mars 1906, à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet.

Depuis un mois, il est atteint d'une blennorrhagie urétrale et, à la suite, baisse de l'acuité visuelle, vives douleurs, photophobie, les douleurs oculaires et temporo-frontales.

A l'inspection : léger œdème des paupières, injection conjonctivale, cercle périkératique.

Rien à la cornée, rien à l'iris.

A l'examen bactériologique du frois, on ne découvre aucun élément microbien ; les globules de pus sont extrêmement rares ; quelques globules sanguins.

OBSERVATION III (Inédite)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale, hyperémie conjonctivale sans aucune manifestation articulaire, sans microorganisme. Urétrite à gonocoques.

N° 16634. — P. J., 38 ans. Il se présente le 28 juillet 1911 à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet. Il a une blennorrhagie qui dure depuis trois semaines.

L'affection a débuté par un œil qui a été un peu douloureux, puis l'autre œil a été pris à son tour ; les conjonctives sont très rouges, larmoient.

Le matin, il se réveille avec les yeux collés, les paupières étant boursoufflées. Un peu de pus jaunâtre dans l'angle interne de l'œil.

Examen bactériologique : Dans le pus urétral, on trouve de nombreux gonocoques, dans la sécrétion de l'œil aucun microorganisme.

OBSERVATION IV.

(MORAX)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypérémie, sans microorganisme. Urétrite à gonocoques.

M. R..., 28 ans, s'est présenté le 10 juillet 1893, à la Clinique du Dr Parinaud.

Le malade a une conjonctivite double et une urétrite blennorrhagique.

Il y a deux ans, il avait une blennorrhagie intense compliquée, deux mois après le début, d'une arthrite du pied droit ; les deux yeux étaient injectés, les paupières agglutinées, légère sécrétion.

Il a été admis à l'hôpital Lariboisière où on a traité son arthrite et sa conjonctivite. Il quitte l'hôpital quinze jours après, complètement guéri.

Depuis un mois, il a contracté une nouvelle blennorrhagie. L'écoulement abondant, miction douloureuse, pas de trouble de son état général.

Quinze jours après le début de sa blennorrhagie, il constate, au réveil, que ses paupières étaient agglutinées des deux côtés, les conjonctives injectées, mais pas de sécrétion manifeste. La conjonctivite double persiste, avec une photophobie marquée.

Actuellement, injection très accusée de la conjonctive bulbaire et palpébrale. La cornée, normale. Réactions pupillaires normales. La sécrétion peu marquée.

Traitement : Cautérisations avec une solution 1/50° de nitrate d'Ag. et lavages à l'eau boriquée. Le malade guérit complètement le 20 juillet 1893.

Examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale, quelques rares leucocytes, pas de gonocoques.

OBSERVATION V

(MORAX)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hyperémie conjonctivale. Uréthrite à gonocoques.

M. Desm., 28 ans, vient, le 19 septembre 1893, à la Clinique du Dr Parinaud.

Le malade n'a jamais eu d'affections oculaires. Toujours bonne santé. Il y a un mois, il a contracté une blennorrhagie. Ecoulement très abondant, miction douloureuse. Douleurs calmées depuis six jours.

Le 15 décembre, au réveil, il a ses paupières agglutinées et les globes oculaires fortement injectés.

Le 19 décembre, on constate une injection profonde et superficielle de la conjonctive bulbaire des deux yeux. L'injection n'est pas uniforme, mais prédomine en certains points. Pas de chémosis. La sécrétion très faible. Le malade accuse de légers picotements. L'écoulement n'existe plus.

Le 26 décembre : L'injection du globe a presque complètement disparu avec une seule cautérisation et l'usage de l'atropine

Le 3 janvier, la guérison est complète.

Examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale : sauf quelques rares leucocytes, on ne découvre pas de micro-organismes, ni de gonocoques.

OBSERVATION VI

(OFFRET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypérémie conjonctivale, sans microorganismes. Urétrite à gonocoques.

B... Louis, 29 ans, commis des postes (Quinze-Vingts).

Blennorrhagie datant de trois semaines. La conjonctivite a débuté, il y a trois jours, par l'œil droit ; l'œil gauche était pris le lendemain ; sensation de graviers dans l'œil droit qui est rouge, collé le matin, et présente de la sécrétion dans la journée.

O. G. : mêmes symptômes, mais atténués.

Le 26 novembre 1913. — O. D. G. : injection profonde des conjonctives bulbaires et surtout palpébrales. Légère sécrétion.

Examen microscopique : Polynucléaires, nombreux filaments ; absence de microorganismes. —

On fait au malade des injections intraveineuses de vaccin de Nicolle et Blaizot et l'affection guérit au bout de sept jours.

OBSERVATION VII

(OFFRET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypérémie conjonctivale, chémosis. Urétrite blennorrhagique.

C.. Jean, 27 ans, frotteur (Quinze-Vingts).

Le 7 octobre 1913 : Blennorrhagie remontant à deux mois, avec écoulement actuel encore abondant. La conjonctivite a débuté par les deux yeux en même temps, il y a trois jours; chaque matin, les deux yeux sont très collés.

O. D. G. : Les conjonctives sont injectées, avec follicules dans les culs-de-sac et sur le tarse, avec léger chémosis du côté de la conjonctive bulbaire, sécrétion légère.

Examen microscopique : 1° De la sécrétion uréthrale, gonocoques abondants ; 2° Sécrétion conjonctivale, quelques polynucléaires ; absence de gonocoques.

L'affection guérit en une dizaine de jours par le traitement seul d'injections de vaccin.

OBSERVATION VIII

(FRAGNE)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale ; hyperémie conjonctivale, chémosis. Urétrite blennorrhagique.

M. A. C., employé de commerce.

Antécédents : A 18 ans a eu une attaque de rhumatismes articulaires aigus ; à 26 ans, deuxième attaque, pas de lésions cardiaques. Mère et frères souffrent de rhumatismes.

Le 8 juin 1887, M. G. a une chaude-pisse depuis deux mois et pour la première fois. Il se présente avec une double conjonctivite assez intense. L'œil droit atteint depuis quinze jours. La congestion peu considérable, l'infiltration séreuse peu marquée. Pas de gonflement des paupières, rien d'anormal. Pas de phénomènes subjectifs. L'œil gauche, pris depuis quatre jours, est beaucoup plus rouge que l'autre. La conjonctive bulbaire et palpébrale est également injectée. Le chémosis limité à la partie inféro-externe de la muqueuse bulbaire. Pas de tuméfactions des paupières. Le malade éprouve une sensation de graviers dans l'œil, il a un peu de photophobie. L'œil droit n'a pas de réaction douloureuse.

Le 1^{er} juillet, l'œil droit guérit.

Le 30 juillet, l'œil gauche ne présente plus qu'une hyperémie insignifiante.

OBSERVATION IX

(ARMAIGNAC)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypérémie conjonctivale, chémosis. Uréthrite blennorrhagique.

M. C., 42 ans, se présente le 23 décembre 1885, chez le D^r Armaignac. Il présentait depuis deux jours une rougeur excessive de toute la conjonctive oculo-palpébrale de son œil droit, un énorme chémosis mou, quelques ecchymoses sous la conjonctive bulbaire. La paupière supérieure dure et infiltrée. La région jugo-temporale avoisinant l'orbite était rouge et un peu œdématiée. Le ganglion préauriculaire tuméfié et douloureux. Mais malgré ses symptômes peu rassurants le malade n'éprouvait aucune douleur du côté de l'œil.

Le 25 décembre, paupière supérieure tuméfiée, mais moins dure. Exsudation fibrineuse légère sur le bord palpébral, qu'on arrache avec les pinces et ne reparait plus. La conjonctive violacée, chémosis toujours étendu, la sécrétion conjonctivale nulle. Le ganglion préauriculaire moins tuméfié, moins douloureux.

Le 27 décembre, le chémosis a disparu, mais la conjonctive resta fortement vascularisée.

Le 6 janvier, la muqueuse bulbaire n'est plus que rosée, mais la conjonctive palpébrale est toujours très rouge. Le ganglion a disparu.

Fin janvier, il ne reste plus qu'un peu d'hypérémie de la conjonctive. Pendant le cours de la maladie la vision a été toujours bonne.

M. C. a eu, il y a vingt ans, une blennorrhagie qui n'avait jamais complètement guérie ; léger rétrécissement ; écoulement presque imperceptible ; de temps en temps, le matin, gouttelette de sécrétion. Le malade n'a jamais eu de rhumatisme blennorrhagique ou autre.

OBSERVATION X

(TROUSSEAU)

*Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypé-
rémie conjonctivale. Uréthrite blennorrhagique.*

M. L..., 28 ans.

Antécédents : Douleurs articulaires fréquentes ; eczéma. Pas d'attaques de rhumatismes aigus. Quatre ans auparavant, il avait une première chaude-pisse au cours de laquelle s'est déclarée une ophtalmie.

Le 24 avril 1886 : Le malade se présente avec l'œil droit injecté, sans phénomènes douloureux autre qu'une légère cuisson. Les paupières normales, pas de gonflement, pas de sécrétion, mais l'œil était collé le matin ; pas de photophobie, pas de larmoiement, ni blépharospasme.

La conjonctive bulbaire était fortement vascularisée, un chémosis séreux intense. La conjonctive palpébrale supérieure n'est pas injectée, celle de la paupière inférieure un peu plus rouge que normalement. Le sujet est porteur d'une chaude-pisse depuis vingt jours.

Applications de compresses d'eau boriquée.

Au bout de dix jours il ne reste plus qu'une minime injection conjonctivale, lorsque l'autre œil est pris. La conjonctive de l'œil gauche présentait les mêmes phénomènes que l'œil droit et dura dix-huit jours.

OBSERVATION XI

(AUGÉ)

*Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypé-
rémie conjonctivale, sans microorganismes. Uréthrite blen-
norrhagique.*

S... Georges, 18 ans, modeleur. Il a une uréthrite blennorrhagique depuis un mois. Vient consulter, le 19 avril 1904,

pour des phénomènes conjonctivaux bilatéraux datant de quatre jours.

A l'examen, la conjonctive palpébrale est rouge, conjonctive bulbaire très vascularisée. Pas de chémosis. Pas d'adénopathies préauriculaires. Pas de douleurs articulaires. Bon état général.

L'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale ne décèle pas de microorganismes. Les phénomènes s'amendent au bout de six jours.

OBSERVATION XII

(FROIDBISE)

*Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypé-
rémie conjonctivale, chémosis. Uréthrite blennorrhagique.*

Jeune homme affecté de conjonctivite double. Injection très vive de toute la conjonctive, léger chémosis séreux, pas de suppuration, pas de photophobie. L'existence d'une chaude-pisse fait diagnostiquer une conjonctivite blennorrhagique double. Son médecin lui ordonne un traitement sévère, les cautérisations au nitrate d'Ag, la glace sur les yeux, des purgatifs drastiques. Le patient est étonné de voir ses yeux l'objet de tant de soins ; il n'éprouve ni douleurs, ni gêne. Il ne souffre que d'une chose, c'est du traitement. Aucun résultat avec le traitement sévère qu'on suspend et remplace par des applications tièdes d'une solution d'acide borique. Aussitôt une amélioration sensible se produit et, en quatre ou cinq jours, la terrible conjonctivite a disparu sans laisser de traces.

B. — *Conjonctivites blennorrhagiques métastatiques, sans microorganismes avec manifestations articulaires.*

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivité blennorrhagique métastatique ; hémérémie conjonctivale avec chémosis, poly-arthrite. Urétrite blennorrhagique.

G. A., 23 ans, se présente à la Clinique de M. le Professeur Rollet, le 7 février 1904 (observations n^{os} 528 et 14.671).

Antécédents précédents : Il y a deux ans, il a été soigné pour une conjonctivite blennorrhagique de l'œil gauche, qui céda après un traitement de trois semaines, sans récédive.

Actuellement, blennorrhagie qui dure depuis huit jours.

Il y a quatre jours que sa conjonctivite a débuté par de la rougeur de la conjonctive et cuisson.

Le lendemain, au réveil, il avait les paupières collées par le pus ; sécrétion continuele à muco-pus.

A l'inspection, la conjonctivite très marquée, avec hémorragie sous-conjonctivale dans le segment interne de la conjonctive bulbaire ; pas d'iritis ; vision normale ; chémosis léger.

9 février : La conjonctivite a diminuée ; les hémorragies aussi. Il ne reste qu'un peu à 4 h vers la cornée.

Il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu poly-articulaire métacarpo-phalangienne, 4 à 5 doigts gauches, coude gauche et droit.

Le fait, d'ailleurs, avait eu lieu, il y a deux ans, au moment où il était soigné pour une conjonctivite blennorrhagique.

10 février : Le rhumatisme a continué, mais les hémorragies ont diminuées de l'œil droit. L'œil gauche est atteint à son tour et on y voit des petites hémorragies sous-conjonctivales. On fait un traitement au protargol.

11 février : Encore le rhumatisme s'est développé au cou-de-pied droit et poignet droit. Les articulations sont chaudes, tuméfiées et très douloureuses.

12 février : Aujourd'hui, ce sont les articulations du poignet, du cou-de-pied et de la hanche droite qui sont encore tuméfiées et chaudes.

Plus d'hémorragies sous-conjonctivales.

Peu de conjonctivité à l'œil gauche ; l'œil droit est complètement guéri.

Le 3 octobre 1910, le nommé G. A. fait un nouveau séjour à la Clinique de M. le Professeur Rollet.

Observation n° 14.671. — G. A., 30 ans. A eu une blennorrhagie il y a huit ans ; il s'est fait soigner à la Croix-Rousse en 1902 et à l'Hôtel-Dieu, en 1904. Il dit qu'il était soigné par M. le Professeur Rollet, pour les yeux ; puis par M. Lépine pour des rhumatismes, en 1904.

Depuis quatre jours, ses yeux sont de nouveau enflammés et il éprouve des douleurs articulaires du côté droit.

A l'inspection, il présente une rougeur considérable des conjonctives des deux côtés.

A l'examen microscopique : dans le pus uréthrale, on trouve des gonocoques.

Dans le pus oculaire, on ne trouve pas de gonocoques, ni aucun autre microorganisme.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique avec hypérémie de la conjonctive et chémosis ; sans microorganismes. Arthrite. . .

Observation n° 4.332. — V... Julia, 20 ans, se présente à la Clinique de M. le Professeur Rollet, le 18 décembre 1905.

Elle était soignée, dans le service de M. Poncet, pour une arthrite gonococcique du cou de pied et de la main.

Il y a huit jours que l'affection oculaire a débuté. Écoulement des larmes. L'œil est cuisant et écoulement mucopurulent. Les vaisseaux conjonctivaux sont injectés. Cercle périkerastique.

Iris non décoloré, réagissant bien.

A l'examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale, on ne trouve pas de microorganismes.

OBSERVATION XV

(GABRIÉLIDES)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hyperémie conjonctivale sans microorganismes ; poly-arthrite ; uréthrite à gonocoques.

Le confrère X... attrape la blennorrhagie, pour la première fois, en 1907. Vers la fin de son uréthrite, il souffre d'une double iritis qui paraît être très légère, parce que je n'en trouve pas la moindre trace en 1913.

Dans sa deuxième blennorrhagie, en 1913, au dix-septième jour de l'écoulement, une arthrite du poignet droit apparaît, puis arthrite successive de l'épaule droite, du gros orteil du pied droit et des quatre doigts du pied gauche. Le vingtième jour survient une conjonctivite double plus intense à gauche qu'à droite ; la rougeur dans l'angle et le canthus interne est plus manifeste qu'ailleurs ; la conjonctive bulbaire est peu vasculaire ; pas de photophobie, pas de douleurs, pas de ganglions, pas d'iritis, vision parfaite. Puis la rougeur devient intense, le cul-de-sac prend une coloration vineuse ; la sécrétion est assez abondante, l'écoulement uréthral ne diminue pas. Quatre jours après l'attaque des conjonctives, il se fait une localisation dans l'articulation du poignet gauche. Après huit jours, la conjonctivite est presque guérie sans traitement spécial. La sécrétion conjonctivale, examinée maintes fois et cultivée deux fois, ne donne pas de gonocoques.

OBSERVATION XVI

(GABRIÉLIDES)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale, sans microorganismes, manifestations articulaires ; uréthrite à gonocoques.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, souffrant d'une blennorrhagie à gonocoques. Pendant l'évolution de son infection, il présenta une arthrite du coude droit ; je prélevai, par ponction, le pus de la synovite du coude ; ce pus contenait des gonocoques classiques en abondance. Le même pus, cultivé sur agar-ascite, donne des colonies du gonocoque. Cinq jour après survient une double conjonctivite métastatique avec sécrétion muco-purulente, laquelle, examinée trois jours de suite à quatre préparations par jour, ne décèle pas de gonocoques.

OBSERVATION XVII

(R. AUGÉ)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale ; hypérémie conjonctivale ; manifestations articulaires ; uréthrite blennorrhagique.

Gerges, 28 ans. Uréthrite gonococcique depuis trois semaines. Vient consulter le 16 février 1905 parce que, depuis la veille, ses yeux rougissent.

A l'examen, on note une injection conjonctivale bilatérale assez intense, avec sécrétion purulente assez abondante. Le genou gauche du malade est tuméfié et douloureux.

L'examen microscopique de la sécrétion ne donne aucun résultat.

Culture sur gélose ascite : au bout de quarante-huit heures, colonies en massue.

20 février : Les yeux ont repris leur aspect normal.

Hydartrose du genou gauche. Cystite aiguë.

25 février : Le malade passe dans le service du Docteur Hartman.

OBSERVATION XVIII

(DRAIS)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale, hyperémie conjonctivale, chémosis; sans microorganismes; arthrite; talalgie; uréthrite à gonocoques.

C... Charles, 19 ans, atteint d'uréthrite aiguë depuis quinze jours. Vient consulter le 25 février 1904 parce que, depuis trois jours l'œil gauche, puis presque aussitôt après l'œil droit, sont devenus rouges et larmoient avec agglutinement des cils et sécrétion purulente.

A l'examen, on constate un léger œdème des paupières supérieures. La conjonctive est rouge vif, avec état folliculaire au niveau de la paupière inférieure. Les lésions prédominent aux angles, surtout internes. La conjonctive bulbaire est injectée surtout dans la portion interne. Sécrétion purulente; petits filaments fibrineux peu abondants au fond du cul-de-sac.

Aux examens multiples de cette sécrétion, pas de microorganismes. Pas de photophobie, seulement du larmolement et des picotements. La vision normale. Les réflexes normaux. Les milieux transparents. Le fond de l'œil normal. Bon état général. Ecoulement uréthral abondant renfermant des gonocoques.

Traitement : Protargol à 0,50 centigr. pour 10 gr.

Le 27 février : Phénomènes locaux plus intenses, de plus, douleurs orbitaires à l'occasion des mouvements du globe. Empâtement diffus des régions parotidiennes. Traitement : nitrate d'Ag à 1/10°.

Le 28 février : Augmentation légère des phénomènes oculaires, de plus un chémosis. Talalgie du côté droit.

Pas de microorganismes, leucocytes déformés.

Le 2 mars : Atténuation des symptômes oculaires. Presque plus de sécrétion, disparition du chémosis.

Le 8 mars, le malade cesse de venir à la consultation par suite d'apparition de complications sérieuses; orchite, arthrite; les accidents oculaires seraient très atténués.

Le 13 juillet 1905 : Entre à Lariboisière pour arthrite coxo-fémorale. Il reste un mois à l'hôpital. A sa sortie de l'hôpital, les deux yeux étaient complètement guéris, mais il aurait eu, depuis, quelques légères poussées de conjonctivite métastatique. L'écoulement urétral persiste toujours.

OBSERVATION XIX

(VIGIER)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hyperémie conjonctivale avec chémosis, sans microorganismes; poly-arthrite. Urétrite blennorrhagique.

R... Georges, employé, rue des Pyrénées, atteint de blennorrhagie à la fin de janvier, vient, le 7 février 1905, à la consultation des Quinze-Vingts. Sans éprouver ni douleur, ni cuisson, le malade a constaté, trois jours auparavant, l'apparition d'une rougeur diffuse de l'œil gauche. La coïncidence de cette affection oculaire avec la blennorrhagie a attiré l'attention du malade et l'a engagé à demander une consultation. Un examen rapide nous permet de reconnaître là une métastase blennorrhagique. Plaques ecchymotiques, chémosis séreux, absence de toute conjonctivite palpébrale et de tout œdème des paupières, sécrétion absolument nulle, tout confirme notre diagnostic. Deux jours plus tard, l'œil droit est pris à son tour. Dans le second œil, la maladie a des allures aussi bénignes : les symptômes subjectifs sont insignifiants.

Examiné au microscope, le liquide des larmes présente de nombreuses cellules, mais pas de gonocoques.

Nous avons perdu de vue ce malade, lorsqu'au mois de

mai, un heureux hasard nous l'a fait retrouver à la fondation Rothschild, dans le service de consultation du docteur Sulzer. Malgré de multiples traitements dans divers hôpitaux, l'état du malade était resté stationnaire. Après de courtes périodes d'accalmie, c'étaient des séries de récidives et un passage de l'affection à l'état chronique. En même temps que les yeux, plusieurs articles étaient intéressés par l'infection blennorrhagique.

C. — Conjonctivites blennorrhagiques métastitiques, avec microorganismes, sans ou avec des manifestations articulaires et autres complications.

OBSERVATION XX (Inédite)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hyperémie conjonctivale avec érosions de la face antérieure de la paupière supérieure; orchite; présence de staphylocoques.

Observation n° 6,261. — G. J., 26 ans, se présente le 14 décembre 1906, à la Clinique de M. le Professeur Rollet.

Antécédents précédents : Il y a un mois qu'il a contracté une blennorrhagie à la suite de laquelle il est survenu une orchite gauche.

Depuis quatre jours, son œil est devenu rouge et il présente une photophobie légère et un peu d'épiphora.

Actuellement, hyperémie des paupières, quelques érosions siègent sur la face antérieure de la paupière supérieure et sur le bord libre des paupières. Conjonctive bulbaire est rouge; on voit un peu d'opacification du limbe supérieur de la cornée.

Examen bactériologique ne découvre pas de gonocoques, mais on trouve des staphylocoques.

OBSERVATION XXI

(MORAX)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hyperémie conjonctivale; poly-arthrite; gonocoques dans la sécrétion conjonctivale. Uréthrite à gonocoques.

M. Le., 23 ans, est entré le 27 septembre 1892, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Quinquaud. Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il y a un mois, il a contracté sa première blennorrhagie uréthrale. L'écoulement purulent abondant, douleurs vives pendant la miction, mais pas de phénomènes généraux. Le matin du 23 septembre 1892, au réveil, il avait ses paupières agglutinées de deux côtés, les globes oculaires légèrement injectés et un peu de larmoiement. Il éprouve, en outre, un peu de malaise général et des douleurs assez vives dans les articulations du genou, des épaules et du cou de pied.

Les jours suivants, la sécrétion conjonctivale a un peu augmenté, et le malade a remarqué que l'écoulement uréthral a diminué.

Examen du malade le 27 septembre 1892 : Homme robuste. Un peu de rougeur du méat uréthral. Aucune sécrétion purulente dans le canal uréthral. Le membre inférieur droit en demi-flexion. Le genou de ce côté fortement tuméfié et il présente une hydarthrose assez considérable. Les mouvements sont douloureux. Les autres articulations, genoux, les épaules, cou-de-pied sont également douloureux.

La conjonctive bulbaire, de deux côtés, est fortement injectée. Pas de chémosis. La sécrétion peu abondante. Pas de lésions cornéennes. Les paupières sont à peine tuméfiées. Les phénomènes subjectifs du côté des yeux peu accusés. Il y a un peu de cuisson. Pas de troubles pathologiques du côté de l'appareil circulatoire ou respiratoire. On fait des cautérisations quotidiennes de la conjonctive avec une solution de nitrate d'Ag à 1/50°.

Le 28 septembre, amélioration manifeste du côté des deux yeux.

Le 10 octobre : Les paupières ne sont plus collées, la sécrétion a disparu. L'injection conjonctivale persiste, puis enfin les globes oculaires reviennent à l'état normal.

Pendant l'évolution des lésions oculaires, l'état des articulations ne s'est pas modifié.

Le 3 novembre 1892, le malade a eu une nouvelle poussée poly-articulaire et en même temps une injection très marquée de la conjonctive et de la sclérotique. Cette nouvelle poussée cède en cinq jours aux instillations d'atropine. Depuis, le malade n'a pas eu de nouvelles lésions oculaires. Il quitte l'hôpital complètement guéri le 15 décembre 1892.

Examen microscopique de la sécrétion conjonctivale pratiqué en trois reprises différentes, a montré, la première fois, de nombreux leucocytes plus ou moins altérés, dont quelques-uns renfermaient des diplocoques ayant l'aspect caractéristique du gonocoque. Ces diplocoques ne prennent pas le Gram. Dans le deuxième examen, on constate encore la présence des diplocoques. Dans le troisième examen, il n'y avait pas de microorganismes.

OBSERVATION XXII

(GABRIÉLIDES)

Conjonctivite blennorhagique métastatique bilatérale; hyperémie des conjonctives, léger œdème des paupières, petits ulcères, nombreux bacilles du xérosis, pas de gonocoques; uréthrite à gonocoques.

Un officier allemand souffre d'une uréthrite gonococcique; le quatorzième jour survient une double conjonctivite. Je l'examine douze heures après. Les paupières sont rouges, légèrement œdématisées, les conjonctives oculaires sont rouges, celles des paupières inférieures également; il y a du larmolement et une légère sécrétion. Le ganglion préauriculaire n'est pas augmenté de volume, mais la région est sensible à la pression; la sécrétion contient du pus en assez grande abondance, mêlée avec des traînées de mucus. Le Neisser, dans huit préparations, n'existe pas, mais on y ren-

contre le xérosis en abondance ; comme nous avons employé le lavage au sublimé et la nitratisation, la conjonctive allait bien lorsque, huit jours après, les douleurs et une photophobie apparaissent ; à l'examen je trouve trois petits ulcères ronds, dénudés, situés exactement sur le limbe inférieur de l'œil gauche.

Traitement par précipité jaune et guérison en dix jours. Le malade n'a pas présenté de manifestations articulaires.

OBSERVATION XXIII

(CABRIÉLIDES)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale; hypérémie conjonctivale, bacilles du xérosis dans la première culture sur trois négatives ; uréthrite gonococcique.

Jeune homme, âgé de 23 ans, au vingtième jour de son uréthrite gonococcique, présente une conjonctivite presque simultanément double ; l'œil droit a l'aspect d'une conjonctivite localisée dans l'angle et le canthus interne ; l'œil gauche a une rougeur plus générale ; il est partout rouge, sauf dans le segment supérieur de la conjonctive bulbaire et dans toute l'étendue de la conjonctive palpébrale supérieure ; la partie interne de l'œil et le cul-de-sac inférieur sont d'une couleur rouge foncé ; une sécrétion muco-purulente, diluée dans les larmes, baignent le cul-de-sac ; pas de ganglion, pas de photophobie ; au contraire, les paupières sont bien ouvertes et le sujet continue à travailler toute la journée ; il existe un léger picotement ; pas de manifestations articulaires ; le malade, dès l'apparition de sa conjonctivite, court chez un médecin qui lui prescrit des lavages au permanganate ; il lave l'œil gauche seulement, et il vient chez moi, très inquiet. Je le rassure et je le persuade qu'il ne s'agit pas d'une conjonctivite terrible.

L'examen microscopique confirme mon diagnostic. Le neuvième jour, sans aucun traitement que des lavages à l'eau

tiède ; la guérison était complète, Pendant cinq jours, quatre préparations par jour ne contiennent pas de gonocoques. Quatre cultures sont négatives ; je ne trouve que le xérosis et cela seulement dans le premier ensemencement ; dans les trois autres ensemencements, pas de colonies.

OBSERVATION XXIV

(AUGÉ)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique bilatérale ; hyperémie conjonctivale avec manifestation articulaire. Staphylocoques dans la sécrétion conjonctivale. Urétrite blennorrhagique.

Edmond, 30 ans, journalier. Il a une blennorrhagie depuis un mois. Vient consulter le 13 janvier 1905, parce que ses yeux rougissent et larmoient.

A l'examen : hyperémie conjonctivale intense de deux côtés. Pas de chémosis. Sécrétion presque nulle. Pas d'adénopathie.

Examen microscopique ne décèle pas de microorganismes.

Culture sur gélose ascite ; au bout de vingt-quatre heures, 4 colonies de staphylocoques blancs.

Le malade est soigné depuis le 9 janvier pour douleur et gonflement du poignet et de la hanche droite.

OBSERVATION XXV

(VIGIER)

Conjonctivite blennorrhagique métastatique avec abcès conjonctival métastatique ; poly-arthrite ; hyperémie conjonctivale avec nombreuses taches ecchymotiques ; staphylo-

coques et microcoques dans le pus de l'abcès ; urétrite à gonocoques.

C..., âgé de 20 ans, se présente à ma consultation de la fondation ophtalmologique Rothschild, le 24 juillet 1906, atteint de conjonctivite blennorrhagique de l'œil gauche. L'écoulement urétral date d'un mois environ et semble traverser la période du déclin. Il existe depuis plusieurs jours des douleurs articulaires des membres inférieurs. Pas de tuméfaction des articulations, si bien que l'impotence fonctionnelle est presque nulle.

Les deux yeux sont le siège d'arthrite rhumatismale classique. Conjonctives d'une teinte rouge orangé, sans sécrétion. Dans le tissu épiscléral, nombreuses taches ecchymotiques d'une certaine étendue. Le malaise éprouvé par le sujet est si léger qu'il n'a attaché au début aucune importance à cette poussée de conjonctivite. Ce qui le préoccupe, c'est l'apparition sous la conjonctive bulbaire d'une « grosseur » du volume d'un noyau de cerise. En soulevant la paupière, nous découvrons une tuméfaction jaunâtre, fluctuante, qui ne laisse aucun doute sur sa nature.

Il suffit de l'incision et lavages antiseptiques chauds pour amener la disparition de cet abcès. Le pus était jaune verdâtre bien lié. Son examen bactériologique décela la présence de nombreux staphylocoques et microcoques se colorant par la méthode de Gram.

CONCLUSIONS

I. — En 1722, Saint-Yves décrit le premier l'ophtalmie blennorrhagique et il l'attribue à la métastase. C'est Mackenzie qui, en 1830, sépare la conjonctivite purulente blennorrhagique par inoculation de la conjonctivite blennorrhagique par métastase, due, pense-t-il, à une infection de l'économie par le virus gonorrhéique.

II. — La conjonctivite blennorrhagique métastatique non contagieuse est plus rare que la conjonctivite purulente par inoculation. Nous pouvons cependant en rapporter 6 observations inédites. Elle survient chez l'adulte et surtout chez l'homme atteint d'uréthrite blennorrhagique. Elle apparaît spécialement de 8 à 15 jours après le début de l'écoulement uréthral. Elle frappe presque toujours les deux yeux dans 92 % des cas. Tantôt il s'agit d'une forme légère avec gonflement peu marqué, tantôt le gonflement

bilatéral est très accentué comme dans l'une de nos observations recueillie à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet.

L'hyperémie conjonctivale est généralisée ; peu ou pas de sécrétion à filaments fibrineux. Comme on n'observe pas de complications de la cornée, le pronostic est bénin à l'encontre du pronostic si grave de l'ophtalmie purulente de l'adulte.

III. — La sécrétion conjonctivale ne contient pas de gonocoques, et l'examen microbiologique reste négatif.

IV. — Il existe, au cours de la blennorrhagie, des conjonctivite paraissant métastatiques, la sécrétion contient des staphylocoques. On ne confondra pas la conjonctivite métastatique avec l'iritis blennorrhagique avec cercle périkeratique et une baisse de la vision comportant toujours un pronostic réservé.

La conjonctivite purulente blennorrhagique, dès le début, est caractérisée par la présence des gonocoques, elle est rapidement envahissante, reste localisée à un œil tout au moins le premier septénaire.

V. — La conjonctivite blennorrhagique métastatique coexiste ou non avec des manifestations articulaires.

VI. — Cette conjonctivite a été attribuée à la métastase, à la gonococcémie, aux toxines gonococciques, à l'anaphylaxie comme dans la conjonctivite tuberculeuse.

VII. — Le traitement peut consister en sérothérapie, vaccinothérapie, protéinothérapie, mais, dans les cas légers, un traitement local par des collyres aux sels de zinc ou d'argent, à l'adrénaline, suffira pour combattre des symptômes qui s'amenderont rapidement.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Etienne ROLLET.

LE DOYEN,

Vu :

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Janvier 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- SAINT-YVES. — Nouveau traité des maladies des yeux, trad. par Cantivelle, 1767, p. 140.
- MACKENZIE. — Traité pratique des maladies de l'œil, tom. I, p. 791.
- DE CONDÉ. — Quelques considérations sur l'ophtalmie gonorrhéique (*Annales d'oculistique*, 1838, p. 344).
- HAIRION. — Mémoire sur l'ophtalmie gonorrhéique (*Annales d'oculistique*, 1846, vol. xv, p. 156-236; vol. xvi, p. 116).
- CUNIER. — Recherches statistiques sur les maladies oculaires que l'on observe le plus communément dans la province de Brabant (*Annales d'oculistique*, 1846, vol. xvi, p. 136, 206).
- RICORD. — Leçons cliniques sur les maladies vénériennes. Ophtalmie blennorrhagique (*Gazette des Hôpitaux*, 1848, juillet, p. 13-15).
- ZAMBACO. — *Archives d'Ophtalmologie de Janin*, 1853, t. I, p. 72. *Annales d'Oculistique*, 1855, vol. 34, 33.
- FOURNIER. — Conjonctivite blennorrhagique spontanée (*Gazette des Hôpitaux*, 1885-86, 31 décembre, p. 1.201, 5 janvier, p. 10).
- PETRON. — *Rivista clin. di Biologica*, fevr. 1883.

- J. ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, p. 350. Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique (*Société Impériale de Méd. de Lyon*, 1858).
- HALTENHOFF (G.). — Ueber conjunctivitis gonorrhoeica ohne inoculation. *Archives für Augenh.*, Wiesb., 1884-85, XIV, 103-120; *Archives d'Opht.*, 1886, XV, 169-179. *Annales d'Oculistique*, 1886, vol. 95, p. 74.
- ARMAIGNAC. — Note sur un cas de conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire bénigne spontanée. *Revue Clinique d'Oculistique de 1886*, vol. 95, p. 108.
- TROUSSEAU (A.). — Conjonctivite blennorrhagique spontanée sans inoculation. *Journal de Médecine de Paris*, 1886, XI, 19-21; *Revue Clinique d'Oculistique*, Paris, 1886, vol. VI, p. 61-63.
- FROIDBISE (F.). — De la conjonctivite blennorrhagique spontanée. *Annales d'Oculistique*, 1887, vol. 98, p. 78. *Ann. Soc. Med. Chir. de Liège*, 1887, vol. XXVI, p. 149-157.
- FRAGNE (C.). — De la conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation. *Thèse de Paris*, 1888.
- VANDRESTRAETEN. — Des affections oculaires de nature blennorrhagique. *Annales d'Ocul.*, 1891, 106-396. *Arch. Méd. Belges*, 1891, juillet.
- MORAX. — Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire. *Thèse de Paris*, 1894.
- LIPSKI (H.). — Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. *Thèse de Paris*, 1895.
- MILBURY (F.-S.). — Conjonctivitis gonorrhoeica codex med. Philad., 1895, 6 vol., II, 327-331.
- E. FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie, traduit par le Docteur C. Lacompte et Docteur L. Leplat, 1892, p. 62.
- FAGE. — Conjonctivite blennorrhagique métastatique. *Recueil d'Ophtalmologie*, 1900, p. 193.
- AUGÉ (R.). — Recherches statistiques sur la proportion des affections contagieuses observées dans une consultation ophtalmologique. *Thèse de Paris*, 1906, p. 25.

- BRESSEL. — *Presse Médicale*, 1904, 357.
- LECHNER. — *Société Ophtalmologique Néerlandaise*, 1900, juin 17. Ophtalmie par métastase au cours d'une blennorrhagie. *Annales d'Oculistique*, 1900, 127, 60.
- SOUPLET. — La blennorrhagie, maladie générale. *Thèse de Paris*, 1892.
- DECOURSER. — *Presse Médicale*, 1905, p. 792.
- FERRY. — *Société Ophtalmologique de Paris*, 1902, 130, 156.
- FLOURNOY. — *In Bulletin de l'Institut Pasteur*, 1907, 306.
- RENDU et HALLÉ. — Bulletin et Mémoires *Société Méd. des Hôpitaux, Paris*, 18 nov. 1897.
- HALLÉ. — Recherche sur la bactériologie du canal génital de la femme, état normal et état pathologique. *Thèse de Paris*, 1899.
- GARDIL. — *La Clinica Medica Italiana*, 1899, sept. 9.
- VAN MOLL. — *Congrès d'Ophtalmologie d'Utrecht*, 1899. Existe-t-il une conjonctivite métastatique ? *Annales d'Oculistique*, 1899, 122, 204.
- PETERS. — Double conjonctivite bénigne dans une affection articulaire. *Deut. Med. Woch.*, 1897, n° 9.
- MORAX et ELMASSION. — Les toxines dans les inflammations de la conjonctivite. *Annales d'Oculistique*, 1899, t. CXXII, p. 81.
- Gaston LUCAS. — Endocardite blennorrhagique. *Thèse de Paris*, 1908.
- VAN LINT. — Kératite blennorrhagique. *Annales d'Oculistique*, 1909, vol. 146, p. 468. *Congrès international de Naples*, 1909, p. 536.
- VIGIER (P.). — Conjonctivite blennorrhagique métastatique et abcès conjonctiv. métastatique. *Arch. d'Ophtalmologie*, 1908, 513-518.
- Docteur EDWARD SHEREN, of Pittsburg. — *The Ophtalmic Record*, 1908, p. 679.

HUFIRD MAC KEC. — *The Montréal Med. Journal*, juillet 1909, p. 429.

HEERFORDT. — *Arch. für Opht.*, 1909, oct., p. 366. Sur la sous-conjonctivite épibulbaire blennorrhagique. *Annales d'Ocul.*, 1911, vol. 146, p. 297. *Arch. d'Opht.*, 1911, 266. *Arch. für Opht.*, 1910, oct., p. 145. *Annal. d'Ocul.*, 1912, vol. 148, p. 374. *Arch. für Augent*, 1911, p. 145. *Arch. d'Opht.*, 1912, 702.

GABRIELIDÈS. — *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople*, 1913, p. 186, 1914, p. 5.

MICHAELIS. — Sur la nature anaphylactique de la conjonctivite blennorrhagique endogène. *Soc. de Biologie*, 1913, mai 3.

Docteur SIDLER-HUGUENIN (Zurich). — Les inflammations métastatiques de l'œil dans la gonorrhée. *Arch. of ophtalmology*, 1912. *La clinique ophtalmologique*, 1912, p. 651 à 654.

OFFRET. — 32 cas d'ophtalmies gonococciques traitées par vaccin de Nicolle et Blaizot. *Ann. d'Ocul.*, 1914, vol. 151, p. 89.

DAVIDS (H.). — Weiter Mitteilungen über die metastatische conjunctivitis bei gonorrhoeikern. *Arch. für ophtalm.*, Leipz. 1914, XXXVII, 160-173.

HANFORD ME KEE. — Metastatic gonorrhoeal conjunctivitis with keratitis and iritis: two cases. *The Ophthalmoscope*, 1914, p. 143-146.

COLOMBINI. — C. B. vol. XXIV, p. 955. Berge. *Encyclopédie Française d'Opht.*, p. 4, 163.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre I. — Historique	11
» II. — Etiologie.....	16
» III. — Symptomatologie	23
» IV. — Diagnostic	27
» V. — Pronostic - Traitement.....	36
Observations	39
Conclusions	61
Bibliographie	64
